

出産費及び附加金請求書
 出産費等内払金支払依頼書
 家族出産費及び附加金請求書
 家族出産費等内払金支払依頼書

共

※決定額	出産費	円
	家族出産費	円
	同附加金	円

所属コード	組合員証番号	組合員氏名	所属所名
出産者氏名 続柄	性別 コード	続柄 コード	氏名
	2		続柄
出産年月日	年号	年	月
	5		
出産児数	人	出産者の資格取得年月日	昭和・平成・令和
出産場所 (医療機関)	出産場所	出産者の資格喪失年月日	昭和・平成・令和
		出産者の生年月日	昭和・平成・令和
		出産児名及び続柄	続柄 コード
			氏名
			続柄
出産に関する証明	出産者氏名		
	年 月 日生		
	出産日時 令和 年 月 日 午前 午後 時 分		
	出産(正常分娩)・流産・早産・死産・その他() 妊娠 月又は 週 出産児数		
上記のとおり証明します。			
令和 年 月 日 病院名			
住所			
証明者 医師			
助産師			
直接支払制度の利用の有無	1	有	2 無
請求金額	出産費	附加金	請求金額
	家族出産費		
上記のとおり請求します。			
公立学校共済組合岩手支部長 様			
令和 年 月 日			
請求者 住所			
氏名			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			所属所受理年月日
令和 年 月 日 (〒 -) (TEL - -)			令和 年 月 日
所属所所在地			
所属所名			
職名			
所属所長 氏名			

- (注) 1 直接支払制度利用に関する合意文書の写しを添付してください。
- 2 「産科医療補償制度対象分娩証明スタンプ」が押印された領収・明細書の写しを添付してください。
- 3 直接支払制度を利用しない場合は、出産に関する証明欄に医師又は助産師の証明を受けてください。□
 (出産証明書原本の添付に替えることができる。)
- 4 出産者が被扶養者の資格を取得した日から6か月以内に出産した場合であって、直接支払制度を取扱わない医療機関での出産の場合は、「請求権放棄証明書」又は「申出書」を添付してください。